



Nº 0137-2016

LA MINISTRA DE SALUD PÚBLICA

CONSIDERANDO:

- Que,** la salud es un derecho que garantiza el Estado, mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales, así como el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, de acuerdo con lo previsto en el artículo 32 de la Constitución de la República del Ecuador;
- Que,** la administración pública y sus servidores, únicamente deben ejecutar las competencias y facultades previstas en la Constitución y la Ley, según lo prescrito en el artículo 226 de la Constitución de la República;
- Que,** es competencia exclusiva del gobierno central, a través de la Autoridad Sanitaria Nacional, formular políticas públicas que garanticen la promoción, prevención, curación, rehabilitación y atención integral en salud, así como normar, regular y controlar todas las actividades relacionadas con la salud, conforme lo dispuesto en los artículos 261 numeral 6; 361; y, 363 numeral 1 de la Constitución de la República y artículo 4 de la Ley Orgánica de Salud;
- Que,** el Sistema Nacional de Salud comprende las instituciones, programas, políticas, recursos, acciones y actores en salud; abarca todas las dimensiones del derecho a la salud; garantiza la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación en todos los niveles; y, propicia la participación ciudadana y el control social, de acuerdo al artículo 359 de la Norma Suprema;
- Que,** la Red Pública Integral de Salud es parte del Sistema Nacional de Salud y está conformada por el conjunto articulado de establecimientos estatales, de la seguridad social y otros proveedores que pertenecen al Estado, con vínculos jurídicos, operativos y de complementariedad, al tenor de lo previsto en el inciso segundo del artículo 360 de la Carta Fundamental del Estado;
- Que,** los servicios de salud deben ser seguros, de calidad y con calidez, y garantizar el consentimiento informado, el acceso a la información y la confidencialidad de la información de los pacientes, puntualizando que los servicios públicos estatales de salud son universales y gratuitos en todos los niveles de atención y comprende los procedimientos de diagnóstico, tratamiento, medicamentos y rehabilitación necesarios, atento lo dispuesto en el artículo 362 de la Norma Suprema; y, del artículo 7 literales a) y b) de la Ley Orgánica de Salud;







Que, es necesario operativizar los procesos de derivación y transferencia para que las instituciones que integran la Red Pública Integral de Salud y Red Privada Complementaria, garanticen su operación en redes y aseguren la calidad, continuidad y complementariedad de la atención de salud, en el contexto de lo previsto en el artículo 11 letras e), g), i) de la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud; y, en el artículo 361 de la Constitución de la República; y,

En ejercicio de las atribuciones que le confiere el artículo 154 numeral 1 de la Constitución de la República,

ACUERDA:

Emitir la siguiente:

NORMA TÉCNICA DE RELACIONAMIENTO PARA LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD ENTRE INSTITUCIONES DE LA RED PÚBLICA INTEGRAL DE SALUD Y DE LA RED PRIVADA COMPLEMENTARIA, Y SU RECONOCIMIENTO ECONÓMICO.

**CAPITULO I
DEL OBJETO Y ÁMBITO**

Art. 1.- Objeto.- Normar los procedimientos administrativos del relacionamiento interinstitucional por derivación de usuarios/pacientes, que garanticen el acceso universal, oportuno y equitativo a las prestaciones de salud en los establecimientos de salud de la Red Pública Integral de Salud y Red Privada Complementaria.

Art. 2.- Ámbito.- Esta Norma es de aplicación obligatoria para todos los financiadores/aseguradores y prestadores de servicios de salud, de la Red Pública Integral de Salud y de la Red Privada Complementaria, en su relacionamiento entre sí.

**CAPITULO II
DE LOS BENEFICIARIOS**

Art. 3.- Beneficiarios.- Los beneficiarios de las prestaciones de salud son: los usuarios/pacientes de los servicios de salud, independiente de su pertenencia o no a un régimen de aseguramiento en salud público o privado.

En este contexto, corresponde el financiamiento de la prestación de salud, a las siguientes entidades:







1. Al Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social-IESS:

- a. Afiliados al Seguro General Obligatorio;
- b. Afiliados al Seguro Social Campesino y sus dependientes acreditados;
- c. Hijos de afiliados, hasta los 18 años de edad;
- d. Jubilados;
- e. Beneficiarios de Montepío por orfandad hasta los 18 años;
- f. Beneficiarios de Montepío por viudez que aporten para la cobertura de salud; y,
- g. La jefa de hogar con cargo a la contribución obligatoria del Estado.

2. Al Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas-ISSFA:

- a. El militar en servicio activo;
- b. El militar en servicio pasivo que cumple con todos los requisitos legales y es calificado como pensionista;
- c. Los aspirantes a oficiales y tropa y los conscriptos en las condiciones establecidas en la ley;
- d. Los ex combatientes de pensionista de la Campaña de 1941 y sus viudas.
- e. Los familiares dependientes y los derechohabientes, calificados como tales, de conformidad con la Ley:
 - El cónyuge o persona que mantiene unión de hecho legalmente registrada con el militar;
 - Los hijos menores de edad del militar;
 - Los hijos solteros hasta los veinte y cinco años de edad, siempre que probaren anualmente hallarse estudiando en establecimientos reconocidos por el Estado y no mantengan relación laboral, ni renta propia;
 - Los hijos mayores de edad, incapacitados en forma total y permanente que no dispongan de renta propia; y,
 - Los padres del militar que dependan económicamente del mismo, para los efectos del seguro de enfermedad y maternidad
- f. Los pensionistas de montepío.

3. Al Instituto de Seguridad Social de la Policía Nacional-ISSPOL:

- a. El asegurado en servicio activo;
- b. El asegurado en servicio pasivo calificado como pensionista;
- c. Los aspirantes a oficial y a policía; siniestrados en actos del servicio,
- d. Cónyuge o persona que mantiene unión de hecho legalmente registrada con el asegurado;
- e. Los hijos menores de edad del asegurado;
- f. Los hijos mayores de edad del asegurado, incapacitados en forma total y permanente, que no dispongan de renta propia;
- g. Padres que dependan del, asegurado; y,
- h. Beneficiarios de montepío.





4. Al Ministerio de Salud Pública-MSP:

- a. La población que no cuente con afiliación registrada y/o derecho de cobertura en el Seguro General Obligatorio del IESS, Seguro Social Campesino, Seguridad Social de Fuerzas Armadas o Seguridad Social de la Policía Nacional.
- b. La población que siendo afiliada activa aún no supera el tiempo de espera para acceder a la prestación definida en el artículo 107 de la Ley de Seguridad Social.
- c. Las personas que no cuentan con cobertura de compañías que financian servicios de atención integral de salud prepagada y de seguros que oferten cobertura y de seguros de asistencia médica; y, que tampoco cuentan con afiliación a la Seguridad Social.
- d. Los aspirantes a oficiales, tropa y conscriptos de las Fuerzas Armadas y de aspirantes a oficiales y tropa de la Policía Nacional, no cubiertos por compañías que financian servicios de atención integral de salud prepagada y de seguros que oferten cobertura de seguros de asistencia médica, y que padezcan enfermedades o accidente no laboral.
- e. Las personas que han sufrido un accidente de tránsito, cuya atención de salud supere el monto de cobertura otorgado en el Servicio Público para Pago de Accidentes de Tránsito-SPPAT; y, que no tengan cobertura de compañías que financian servicios de atención integral de salud prepagada y de seguros que oferten cobertura de seguros de asistencia médica y/o públicos.
- f. Trabajador/a o servidor/a que solicite licencia no remunerada por maternidad o paternidad una vez que haya concluido la licencia de maternidad o paternidad, desde el día 91, de conformidad con lo dispuesto en los artículos 5 y 8 de la Ley Orgánica para la Promoción del Trabajo Juvenil, Regulación Excepcional de la Jornada de Trabajo, Cesantía y Seguro de Desempleo.
- g. Trabajadores y trabajadoras del hogar no remunerados, afiliados al IESS, que no aportan para acceder a la cobertura del Seguro General de Salud Individual y Familiar.
- h. Hijas de afiliados a la Seguridad Social del IESS, del ISSFA o del ISSPOL, para la contingencia de maternidad.
- i. Prestaciones de maternidad de afiliadas a los seguros sociales o con cobertura de compañías que financian servicios de atención integral de salud prepagada y seguros que oferten cobertura de seguros de asistencia médica, en el tiempo de espera o en los períodos de carencia, o en caso de que se acuerdo a las condiciones del Plan contratado, no tengan esta cobertura.

5. Al Servicio Público para Pago de Accidentes de Tránsito-SPPAT, a:

Toda persona que ha sufrido un accidente de tránsito, en el territorio nacional, con cobertura hasta el monto establecido.

321

12/05/16

